Rok XLIX. Kraków, dnia 17. września 1910. Nr 38.

PRZEGLĄD LEKARSKI

Organ urzędowy Towarzystwa lekarskiego krakowskiego i Towarzystwa lekarzy galicyjskich, organ Związku polskiego lekarzy i przyrodników w Petersburgu, Towarzystw lekarskich polskich w Kijowie i Chicago, oraz

CZASOPISMO LEKARSKIE

Organ Towarzystw lekarskich prowincyonalnych Królestwa Polskiego.

Redaktor główny: **Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.**

Przypadek niezwykłej wady utworowej kończyny górnej

opisał

Prym. Dr Antoni Krokiewicz.

(Dokończenie).

Zawiązek kośćca pod względem topograficznym da się w kończynie górnej podzielić na 1) część odpowiadającą łukowi barkowemu (zonoskeleton), 2) część odpowiadającą kośćcowi całej kończyny wolnej (chejropterygium). W tej właśnie drugiej części, która nas tu przedewszystkiem obchodzi, kościec kończyny kształtuje się od początku w postaci wyodrębnionych odcinków, które odpowiadają częściom poszczególnym kośćca wolnej kończyny górnej. Wyróżnia się więc:

1) Stylopodium: odpowiada kości ramieniowej (humerus).
2) Zengopodium: odpowiada kościom przedramienia.
3) Autopodium: odpowiada ręce.

W tem »Autopodium« wyróżnić się znów daje:

a) Basipodium: odpowiada naddłoniu (carpus).
b) Metapodium: odpowiada dłoni (metacarpus).
c) Acropodium: odpowiada palcom (phalanges).

Przy przejściu z okresu chrząstkowego w kostny należy pamiętać, że kostnienie przebiega naokoło chrząstki (perichondral) w części trzonowej (diaphysis), śródchrząstkowo (enchondral) w przysadkach (epiphyses). Między częściami przysadkowemi (epiphyses), a trzonem kości (diaphysis) utrzymuje się pierścień chrząstkowy, który ma ważne znaczenie przy wzroście kości na długość. Kiedy ten wzrost kości jest ukończony, następuje w przypadkach prawidłowych skostnienie takiego chrząstkowego pierścienia.

Rozwój w badanym przypadku musiał się według wszelkiego prawdopodobieństwa prawidłowo rozpocząć, przebiegał jednak później — i to już w drugim miesiącu życia płodowego, nieprawidłowo. Wnosi o tem Dr Godlewski stąd, że w 2-gim i 3-cim miesiącu życia płodowego rozpoczyna się w prawidłowym rozwoju kostnienie w »metapodium« i »acropodium« (przyszłe śródręcze i członki palców), jak podaje Kölliker i Schultze[1]): Gdyby tak było, mielibyśmy tu niewątpliwie ślady tych spraw kostnienia. Najprawdopodobiej wogóle zawiązki, począwszy od »basipodium«, nigdy tu nie były wytworzone.

Zonoskeleton i stylopodium musiały mieć zupełnie prawidłowe zawiązki i zupełnie prawidłowy przebieg różnicowania. W obrębie zengopodium (części odpowiadającej przedramieniu) zawiązki dla kości łokciowej i sprychowej mogły się wytworzyć, zdaniem Dra Godlewskiego, zupełnie prawidłowo; natomiast później nastąpiły zaburzenia w dalszem różnicowaniu tych zawiązków. Te zmiany są tem większe, im dalej obwodowo się posuwamy. Części przysadkowe (epiphyses), przytykające do stawu łokciowego zarówno dla kości łokciowej jak i sprychowej, są mocno rozwinięte. Wyrostek dziobiasty (process. coronoideus ulnae), jak fotogram I. wskazuje, silniej rozwinięty, niż zwykle. Także i główka kości sprychowej jest mocno rozrośnięta. Wzajemne ułożenie obu kości przedramienia jest zupełnie nieprawidłowe, toż samo i nieprawidłowe ułożenie kości sprychowej w stosunku do kości ramieniowej (humerus). Takie ułożenie, jakie okazują te kości na fotogramie Nr II., w prawidłowych kończynach nigdy nie występuje. Główka kości sprychowej, zamiast leżeć na główkowatej wyniosłości kości ramieniowej (eminentia capitata humeri) obsunęła się na guz ponadkłykciowy boczny (epicondylus radialis). Stawu między kością łokciową, a sprychową zupełnie w okolicy łokciowej niema; obie te kości są oddalone od siebie (fot. II.).

Wzrost obu kości przedramienia na długość trwał stosunkowo krótko, i według obliczeń Dra Godlewskiego musiał się ukończyć w każdym razie jeszcze przed porodem, chociaż wzrost na szerokość trwał jeszcze długo po porodzie. Część przyrostowa obwodowa kości sprychowej nie jest prawidłowa, ale jej zrost z trzonem (diaphysis) nastąpił. Nieprawidłowość odznacza się tem, że płaszczyzna kończąca kość sprychową nie idzie, jak zwykle, do osi głównej prostopadle, ale ukośnie.

Część przyrostowa (epiphysis) obwodowa kości łokciowej jest 1) skrócona, 2) nie zrośnięta z trzonem (diaphysis). Na fotogramie Nr I. i Nr II. widać mianowicie najbardziej do przodu przed kością łokciową leżący drobny, pazurkowaty odcinek kostny. Odcinek ten, według twierdzenia Dra Godlewskiego nie ma nic wspólnego z kośćmi ręki; jest to tylko część przyrostowa (epiphysis) obwodowa kości łokciowej. Jest ona skrócona i odpowiadałaby tej części kości łokciowej, z której w prawidłowych warunkach

[1]) Schultze (bearbeitet Kölliker): Grundriss der Entwickelungsgeschichte des Menschen. Leipzig 1897. p. 227.

tworzy się wyrostek rylcowy (processus styloideus ulnae); stąd też i ten kształt pazurkowaty.

Według zapatrywania Dra Godlewskiego w danym przypadku sprawa genetyczna przedstawia się następująco:

Pierścień chrząstkowy, który zwykle ulega skostnieniu, musiał w danym przypadku uledz zwyrodnieniu. Wówczas część przyrostowa obwodowa kości łokciowej oddzieliła się od trzonu i dlatego leży w pewnem oddaleniu. Zwłaszcza fotogram Nr. 2, bardzo za tem przemawia. Wypowiedziane twierdzenie, że ten odcinek kostny nie ma nic wspólnego z kostkami śródręcza, udowadnia też Prof. Godlewski tem, iż 1) kość łokciowa i kość sprychowa dosięgają stale jednej długości; otóż płaszczyzna, kończąca tu obie kości leży przed tą pazurkowatą kostką a nie poza nią; 2) kształt tej kostki przypomina wyrostek rylcowy (processus styloideus); 3) w przeciwnym razie kość łokciowa kończyłaby się trzonem (diaphysis), a wówczas trzebaby przyjąć, że się wytworzył trzon, potem był przeskok na przestrzeni części przysadkowej i znów się wytworzyło skostnienie tylko jednej kostki (os triquetrum) śródręcza, co jest zupełnie nieprawdopodobne.

Na jeden jeszcze szczegół należy zwrócić szczególną uwagę. Przy opisie zewnętrznych kształtów badanej przez nas nieprawidłowej kończyny, zaznaczyliśmy, że na końcu tej kończyny nieprawidłowo rozwiniętej widać drobne brodawkowate wyniosłości, dochodzące zaledwie kilku milimetrów wielkości. Wejrzenie zewnętrzne tych tworów nie pozostawia wątpliwości, że są to zawiązki palców, Wystarczy porównać ten obraz z budową kończyny zarodkowej, niewątpliwie każdy dojdzie do przekonania, że zawiązek »acropodium« istniał tu bezwątpienia. Badanie rentgenograficzne nie wykazuje w tych przysadkowatych tworach żadnych części kostnych. Dochodzimy stąd do wniosku, że dopiero faza różnicowania wewnętrznego przebiegała nieprawidłowo, że różnicowanie mianowicie przebiegało w sposób nieskorrelowany, t. zn., że części miękkie zewnętrzne wytworzyły skórę o zwykłej budowie, podczas gdy system kostny zupełnie się wewnątrz nie tworzył.

Przyczyny, dla której wzrost był w obrębie »zengopodium« zahamowany, i dlaczego całe »autopodium« się nie wytworzyło, nie można w danym przypadku nawet przypuszczalnie podać po bliższem rozpatrzeniu.

Z kliniki medycznej Uniwersytetu Jagiell. pod kierownictwem Prof. W. Jaworskiego w Krakowie.

Wpływ kąpieli gazowych na krążenie krwi u ludzi ze zmianami w narządzie krążenia, w szczególności z wadami serca. (Część II.).

Podał

Dr W. Skórczewski.

(Ciąg dalszy).

Uderzenie koniuszkowe serca niejednokrotnie u mych chorych spostrzegalne, podczas kąpieli zachowywało się dość różnie. Najczęściej nie było zmian w jego natężeniu; czasem zmniejszało się, niekiedy ulegało powiększeniu. Przesunięcia na prawo lub lewo nie spostrzegałem. Gdy powiększenie się uderzenia koniuszkowego świadczyć musi o zwiększeniu energii serca i silniejszym jego skurczu, to zmniejszenie świadczyłoby tylko wtedy o zmniejszeniu energii skurczu, gdyby granice płuc nie mogły się ku sercu przesunąć i w ten sposób odsunąć go od klatki piersiowej. Stąd jedynie istotne powiększenie się energii skurczu na zdjętym kardyogramie będzie miało dla nas wartość dla ocenienia pracy serca. Naturalnie wynik ten nie jest żadną ścisłą metodą, pozwala nam jednak na pewną oryentacyę w sile skurczu serca. Uwzględnienie częstości tętna jest rzeczą, samo przez się zrozumiałą, w ten sposób bowiem określić możemy powiększenie się pracy serca. Kardyogramy moje odnoszą się do ciepłot 28° R. i 30° R. Ciepłoty 28° R. dotyczy 15 doświadczeń w tablicy IV, ciepłoty 30° R. 5 doświadczeń. Na zdjętej krzywej mierzyłem wysokość jej przez wykreślenie prostopadłej do podstawy i zmierzenie tej linii; otrzymałem w ten sposób liczby, które podawały w nim wysokość krzywej Przypuszczając, że powiększenie się uderzenia koniuszkowego zdoła wywołać powiększenie krzywej, jeżeli granice płuc zbyt się nie obniżą, chciałem w ten sposób ocenić wzrost pracy serca. I bacznie przypatrując się otrzymanym wysokościom, spostrzeżemy jedynie w trzech razach znaczniejsze podniesienie się wysokości krzywej na 15 kąpieli 28° R. Ponieważ wahanie się tętna jest przy 28° R. nieznaczne, możemy ogólnie powiedzieć, że wybitnego wpływu na zwiększenie pracy serca tutaj spostrzedz nie można, choć mógł on być przez przesunięcie granicy płuc pokryty. Inaczej rzecz się ma przy kąpielach 30° R; tutaj trzy razy spostrzegałem powiększenie się wysokości uderzenia koniuszkowego, raz było bez zmiany, raz obniżone. Jeżeli jeszcze uwzględnimy znaczne przyspieszenie tętna w tychże kąpielach, około 10 uderzeń na minutę, to zwiększenie pracy serca uważać musimy przy takiej kąpieli za znacznie większe, niż krzywa uderzenia koniuszkowego to wykazuje. Przy równoczesnem badaniu ciśnienia krwi i uderzenia koniuszkowego na sfigmogramach (notatka w uwadze) jakiejś równoległości, bardzo wpadającej w oczy, spostrzedz nie mogłem. Szkoda wielka, że zebrane kardyogramy nie pozwalają nam na wnioski w kierunku odwrotnym, to znaczy, czy kąpiel bezwodnikowa działa na serce, zmniejszając jego pracę. Jednak wobec wyżej nadmienionego przesuwania się granic płuc podczas kąpieli byłby to wniosek bezwartościowy. (Tablica IV).

Dalej omówić muszę sprawę zachowania się tętna podczas kąpieli. Różnica dla badającego palca jest tak charakterystyczna, że już po niedługiej obserwacyi spostrzega ją każdy; dotyczy to zwłaszcza kąpieli chłodniejszych, natomiast rzadziej spostrzega się tę różnicę podczas kąpieli ciepłych. Widzimy tutaj równoległość z obniżaniem się liczby tętna. Jestto powiększenie się fali tętna.

Podobne wyniki dają również i krzywe tętna. Krzywe, zebrane z 41 doświadczeń przed, wśród i po kąpielach, zestawiam w tablicy V., starając się w niej uwidocznić szczegóły najważniejsze.

Widzimy tutaj zwiększenie się wielkości tętna w znacznie większym odsetku doświadczeń przy kąpielach chłodnych i obojętnych, niż przy ciepłych. W tym drugim razie stwierdzamy obniżenie się wielkości tętna. Dalej szyb-

TABLICA IV.

Liczba tętna i wysokość krzywych uderzenia koniuszkowego w milimetrach przed, wśród i po kąpieli 28° i 30° R.

(Analogiczne pomiary ciśnienia w tablicy III i II).

		przed kąpielą		z początk. kąpieli		z końcem kąpieli		po kąpieli	
		liczba tętna	wysokość kardyogramu	liczba tętna	wysokość kardyogramu	liczba tętna	wysokość kardyogramu	liczba tętna	wysokość kardyogramu
Kąpiele 28° R.	A. K. 28/IV.	78	2·—	—	—	66	3·5	66	3·—
	A. K. 30/IV.	60	3·—	72	5·—	60	3·—	60	3·—
	A. K. 2/V	60	6 7	54	4·2	60	4·—	60	6·5
	A. K. 4/V.	58	5·5	60	5·2	72	6·—	66	3·8
	A. K. 7/V.	64	6·7	66	7·—	63	7·5	60	5·5
	A. K. 9/V.	53	6·—	45	5·—	60	11·—	60	4·—
	J. M. 29/IV.	66	7·—	—	—	69	8·—	72	9·—
	J. M. 2/V.	63	4·—	66	3·—	69	3·—	—	—
	J. M. 3/V.	60	3·8	60	3·—	69	4·3	60	3·—
	J. M. 6/V.	51	2·—	—	—	—	—	—	—
	J. M. 10/V.	48	4·8	52	4·—	60	3·5	48	1·—
	A. P. 28/IV.	74	9·—	—	—	60	18·5	64	16·5
	A. P. 30/IV.	54	11·—	60	11·—	60	8·5	62	10·—
	A. P. 6/V.	71	8·3	72	8·—	74	8·—	64	6·5
	R. F. 28/IV.	96	0·75	—	—	96	0·75	96	0·75
	K. J. 6/V.	108	3·5	132	1·5	108	4·5	120	4·2
	M. S. 7/V.	90	4·2	78	7·—	96	5·5	84	2·—
Kąpiele 30° R.	R. F. 7/V.	102	3·5	132	4·—	129	6·8	120	3·—
	A. P. 2/V.	74	14·—	74	8·7	84	8·7	84	12·—
	A. P. 3/V.	72	5·—	72	8·—	84	14·—	75	12·—
	A. K. 10/V.	54	9·—	60	6·5	60	7·—	60	10·5
	A. K. 12/V.	48	7·—	55	7·—	62	8·—	49	8·5

TABLICA V.

Zestawienie wyników otrzymanych przez spisywanie krzywych tętna podczas kąpieli.

(Bliższe objaśnienia w tekscie).

Ciepłota kąpieli	Ilość doświadczeń	Powiększenie krzywej tętna spostrzeżono :	Wielkość tętna bez zmiany	Wielk. tętna zmniejszona	Obniżenie zagłębienia tętniczego	Powiększenie fali skurczowej	Zwiększenie stromości tętna	Zwiększenie fal elewacyjnych
23° R.	8	5	2	1	5	3	6	5
24° R.	4	2	1	1	2	1	3	1
25° R.	3	1	1	1	1	2	1	2
26° R.	4	2	—	2	—	1	2	3
27° R.	7	4	—	3	4	5	6	2
28° R.	4	2	1	1	2	1	3	1
29° R.	5	1	1	3	4	2	3	1
30° R.	6	1	2	3	2	—	3	1
Razem	41	19	8	15	20	15	27	16

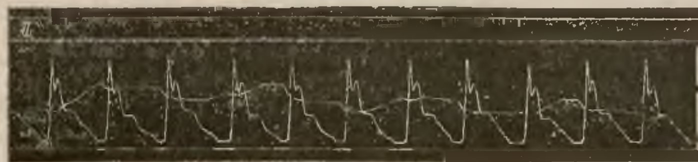
kość powstawania fali tętna w tętnicy, wzrasta i zależnie od tego zwiększa się stromość tętna. Jestto rzeczą zrozumiałą dla krzywych z powiększonem tętnem, natomiast przy kąpielach 30° R. trzebaby przyjąć wpływ zwiększenia energii skurczu serca. Również jasnem byłoby obniżenie zagłębienia tętniczego przy kąpielach 30° R., jako następstwo obniżenia ciśnienia, natomiast obniżenie przy kąpielach 23° R., tak często przezemnie spostrzegane, musimy wytłómaczyć obniżeniem pozornem, zależnem od powiększenia się wysokości tętna. Powiększenie się fali skurczowej spostrzega się dość często na tętnie, w pewnej analogii z powiększeniem się tętna. Wreszcie powiększenie się fal elewacyjnych przy kąpielach chłodniejszych jest znacznie częstsze, niż przy cieplejszych. Dla uwidocznienia podaję krzywe z dwóch doświadczeń przy kąpieli 23° i 30° R wraz z objaśnieniami. (Tablica V i VI). Wyniki tutaj otrzymane potwierdzają jedynie spostrzeżenia moje zebrane u ludzi zdrowych, (I. część pracy), choć tutaj poziom badanego tętna zawsze znajdował się na wysokości serca i wobec tego nie trzeba było uwzględniać obniżenia fali dikrotycznej, zależnego od wysokości ułożenia ręki wobec serca.

Dalej omówić musimy zachowanie się liczby tętna i wpływ kąpieli na tętno przyspieszone i zwolnione. W tablicy pierwszej zestawione są średnie liczby tętna i oddechów, jakoteż wpływ kąpieli na nie. Na średnich tych widzimy bardzo wyraźnie różnicę oddziaływania serca zdro-

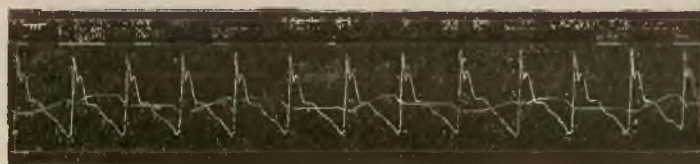
TABLICA VI.



liczba tętna 60. liczba oddechów 24. ciśn. palpacyjne 200 cm.



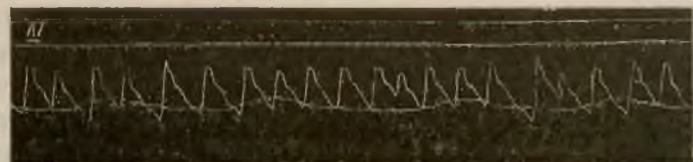
liczba tętna 52. liczba oddechów 22. ciśn. palpacyjne 180 cm.



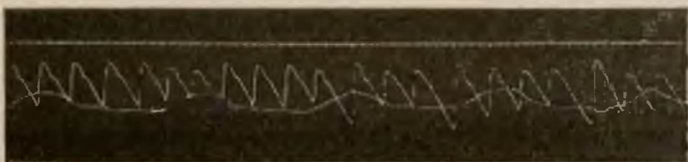
liczba tętna 60. liczba oddechów 24. ciśn. palpacyjne 170 cm.

Krzywe tętna i oddechów chorego A. P. XI. zdjęte dnia 20/IV. przed (I), w czasie (II) i po kąpieli (III) sztucznej bezwodnikowej o ciepłocie 23° R. Wyraźne powiększenie się fali tętna podczas kąpieli, powiększenie się fali skurczowej, obniżenie zagłębienia tętniczego, zwiększenie stromości tętna.

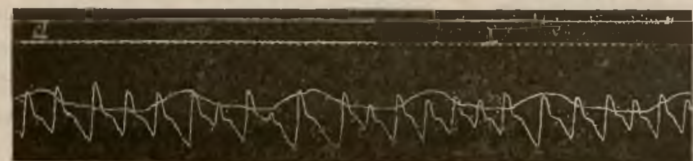
TABLICA VII.



liczba tętna 94. liczba oddechów 18. ciśn. palpacyjne 170 cm.



liczba tętna 90. liczba oddechów 19. ciśn. palpacyjne 140 cm.



liczba tętna 84. liczba oddechów 20. ciśn. palpacyjne 155 cm.

Krzywe tętna i oddechów chorej R. K. II. zdjęte dnia 27/IV. przed (IV), w czasie (V) i po (VI) kąpieli sztucznej bezwodnikowej o ciepłocie 30° R. Zmniejszenie się fali tętna, większa stromość fali tętna; nieobniżenie się wzgórka dwubitnego.

wego od oddziaływania serca z narządem krążenia zmienionym, zwłaszcza z mięśniem wyczerpanym lub schorzałym. Gdy kąpiele 24° R. u ludzi zdrowych wywoływały średnio obniżenie tętna o cztery uderzenia, ze zwiększeniem tegoż po kąpieli do ośmiu, to u ludzi z narządem krążenia zmienionym średnie dają obniżenie nieznaczne, do dwóch uderzeń, po kąpieli przemijające. Stosunek ten odnosi się również do przyspieszenia tętna podczas kąpieli ciepłej 30° R; zamiast dwóch uderzeń u zdrowych, mamy tu aż osiem uderzeń: w obu razach przyspieszenie po kąpieli szybko przemija.

Przyspieszenie tętna pod wpływem pracy jest to objaw w patologii chorób narządu krążenia dobrze znany, i tutaj wytłómaczenie spostrzeżeń w zachowaniu się częstości tętna jest w związku z pracą mięśnia, ilustruje bardzo wyraźnie wyniki, otrzymane przezemnie zapomocą kardyogramów i uzasadnia je niejako doświadczalnie.

(C. d. n.).

Zapiski lecznicze, nowe leki, sposoby i narzędzia.

Wyniki operacyi raków podług Hildebranda poprawiły się bardzo w ostatnich czasach. Np. operacya raka wargi daje obecnie 80% trwałych wyleczeń przy 1—2% śmiertelności (przed 30 laty 10% wyleczeń, a 6—7% śmiertelności), rak sutka 35% wyleczeń i t. p., rak żołądka wykazywał po doszczętnych operacyach śmiertelność 44% obecnie do 25%, a 15—17% trwałych wyleczeń. Znakomite wprost wyniki osiągnięto obecnie zwłaszcza przy wyłuszczaniu krtani z powodu raka. X.

Zatkanie moczowodów brodawczakami, wiodące do zatrzymania moczu spostrzegał w 2 przypadkach Rumpel. W jednym przypadku rozpoznano nawet przedtem kamień nerkowy i przystąpiono do nacięcia nerki. Przez cięcie wysokie udało się brodawczaki usunąć. (Berl. klin. Wochschr. Nr 24). K.

Przy porażeniu nerwu twarzowego poleca Momburg podane przez Buscha podniesienie kąta ust zapomocą dłuta, przeprowadzonego od łuku jarzmowego do kąta ust i z powrotem pod łuk. (Berl. klin. Woch. Nr 24). R.

Przy ropniach zimnych polecają Calve i Gauvain po wypuszczeniu ropy wstrzyknięcie 2—10 cm³ zawiesiny: »Rp. Jodoform 5.0. Aeth. sulph. 10,0. Guajacol. Kreozot āā 2,0. Ol. olivar. 100,0«. Gdy ropa zawiera masy serowate: »Camphor. 2,0. Thymol. 1,0. Aether. 100,0. (Lancet. 5. III. 1910). A.

Przy wypadnięciu odbytnicy prowadzi Mummery poprzeczne cięcie między odbytem a kością ogonową i palcem na tępo dostaje się poza kiszkę. Utworzoną w ten sposób jamę tamponuje gazą, licząc na zrosty, które utrzymają potem kiszkę na miejscu. Przez czas gojenia się, t. j. do 4 tygodni, muszą chorzy leżeć spokojnie i dbać o wolny stolec. Niestety o zakażenie przy tym sposobie nie trudno. (Lancet. 5. III. 1910). A.

Przy zapaleniu otrzewnej poleca Bircher wlanie pod koniec operacyi do jamy brzusznej 1—2 flaszek ogrzanej leukofermantyny Mercka. (Med. Klinik. Nr 26). K.

Przy wielkich utratach krwi np. po wielkich operacyach, krwotokach z wrzodu żołądka, przy krwawiączce i t. p., poleca Holz przelanie krwi z osoby drugiej, a to w ten sposób, że łączy się żyłę środkową przedramienia osoby niedokrwistej z tętnicą promieniową dającego krew. (Deutsch. Zeitschr. f. Chir. 104. Z. 5—6). K.

Przy operacyi Freunda niszczy Axhausen tylną ochrzęstną chrząstek żebrowych po wycięciu, doszczętnie przez wypalenie Paquelinem, aby uniemożliwić odrodzenie się chrząstek, a przez to wynik operacyi uczynić trwałym. (Ztbl. f. Chir. Nr 20). K.

Pęknięcie śródotrzewne pęcherza wskutek 4-dniowego zatrzymania moczu u 70-letniego starca, spostrzegał Oehlecker. (Deutsche med. Woch. Nr 24). A.

Po zeszyciu rzepki poleca Baum założyć opatrunek podług Kauscha, t. j. przy zgiętem kolanie, a dopiero od 6-go dnia biernie kolano prostować. (D. Zft. f. Chir. 104. III—IV). K.

Gastrostomię z niezwykłego wskazania wykonał Schlesinger. Chory cierpiał na napady bolu w okolicy żołądka, przyczem zjawiało się tamże silne wzdęcie. Chory ten był już 4 razy bez skutku operowany. Badanie wykazało, że wzdęcia żołądka są skutkiem połykania powietrza. Zgłębnikiem nie udawało się wypuszczać powietrza, a jedynie w uśpieniu powietrze odchodziło. Ze względu na silne bóle (chory nosił się już z myślą samobójstwa) założono otwór w żołądku, który chory w czasie napadu bolu otwiera i wypuszcza nagromadzone powietrze. (Tow. lek. Wiedeń. 24. VI). A.

Zamiast węża Esmarcha do wywoływania niedokrwistości podał Blecker metalową taśmę spiralną, która nie psuje się tak, jak guma. (Münch. med. Woch. Nr 27). K.

Dwa przypadki raka wskutek rentgenizacyi opisał Rosenbach. Jeden na plecach u robotnika w fabryce lamp Röntgena, a drugi w bliznie u 45-letniego mężczyzny po wyleczeniu tocznia. (Arch. f. kl. Chir. 92. I.). K.

Przy wysięku gruźliczym otrzewnej w miejsce laparatomii radzi Floria nakłucie, wypuszczenie płynu i odrazu wprowadzenie zapomocą przyrządu Potaina tyleż centymetrów kubicznych powietrza. Potem chory gorączkuje kilka dni, ale wynik ma być nawet lepszy, niż po laparatomii. (Gaz. d. Osp. 1910. I). A.

Naczynia krwionośne, przechowywane jałowo w odpowiednich płynach nawet przez 30—50 dni, udało się Bodemu i Fabianowi wszczepiać jeszcze skutecznie zwierzętom, co dowodzi nadzwyczajnej zdolności przygajania się tkanki naczyniowej. (Beitr. zur klin. Chir. 66. 1). K.

Przed operacyami brzusznemi należy podawać środek przeczyszczający, podług Girarda, na dwa dni przed operacyą, a nie dzień przedtem jak to się zwykle czyni; przewód pokarmowy powinien bowiem być zupełnie opróżniony i potem się uspokoić. (Kongr. chirurg. franc. Paryż 1909. X.). K.

Leczeniu przeciwzaczynem spraw ropnych odmawia Hirsch wszelkiego znaczenia. Sprawy postępujące nie zostają powstrzymane, a sprawy ograniczone nie leczą się przytem szybciej i lepiej, niż innymi sposobami. (Tow. lek. wiedeńsk. 21. I. 1910). A.

Przy uszkodzeniach barku często jedynie przez prześwietlanie rentgenowskie od góry, uzyskać można dokładne rozpoznanie (np. przy zwichnięciach ku tyłowi). Wspominając o tem przytacza Pfister odpowiedni przykład i zdjęcia. Chorego uważano za symulanta i dopiero zdjęcie od góry wyjaśniło sprawę. (Med. Klin. Nr 5). K.

Dwa przypadki śmierci przy zamroczeniu skopolaminowomorfinowem u starszych ludzi (55 i 72 lat) spostrzegał Rinne. Dawka 0,0012 skopolaminy i 0,03 morfiny w 3 porcyach. (Deut. med. Woch. Nr 3). A.

Przy zesztywnieniach stawów poleca Heeger leczenie śródmięśniowemi wstrzykiwaniami fibrolizyny. Wstrzykiwania robić należy codziennie w pośladki, przyczem płyn ogrzewa się do 45°. Zwykle wystarczy 10—20 wstrzykiwań. W połowie kuracyi zaczyna się leczenie mechaniczne. (Münch. med. Woch. Nr 5). A.

Korzystne działanie śródżylnych wstrzykiwań fibrolizyny przy zwężeniach cewki spostrzegał Trautwein. (Derm. Zblt. XII. 8). A.

W leczeniu nowotworów poleca Müller kombinacyę naświetlań promieni Röntgena z prądami o wysokiem napięciu. W jednym przypadku nowotworów olbrzymich rozmiarów otrzymał w ten sposób wyleczenie i zniknięcie przerzutów w gruczołach. (Ther. d. Geg. 1910, Nr 11). A.

Olbrzymiego raka na plecach, wskutek zdrapywania zranienia, u 45-letniej osoby, obarczonej dziedzicznie co do raka, spostrzegał Biach. Po operacyi trwałe wyleczenie. Österr. Ärzte Ztg. Nr 13). A.

Sprawy Towarzystw naukowych.

Towarzystwo lekarskie warszawskie.

Posiedzenie kliniczne z dnia 21. czerwca 1910 r.

Bełkowski demonstrował chorego z **porażeniem wstępującem** Landry w postaci poronnej.

Chybczyński demonstrował preparaty drobnowidzowe i hodowlę grzybka, zwanego **sporotrichium de Beurmann.**

Wretowski przedstawił nadesłany do pracowni Dra Serkowskiego **odlew włóknikowy,** wykrztuszony przez chorego, dotkniętego zapaleniem oskrzeli włóknikowem. Odlew ten ma 7 cm długości, grubość zaś w górnej części przenosi nieco grubość pióra gęsiego.

Majzel B. demonstrował preparaty i hodowle **gronkowców** chorobotwórczych i niechorobotwórczych z pracowni naukowej Towarzystwa lekarskiego.

Korybut Daszkiewicz demonstrował preparaty drobnowidowe i hodowle, pochodzące z przypadku **błonicy nosa** u dziecka o niezwykłym przebiegu. Prelegent obserwuje rok rocznie na oddziale swym w Domu wychowawczym u osesków przypadki izolowanej błonicy nosa o przebiegu chronicznym, łagodnym.

Korybut Daszkiewicz wygłosił odczyt pod tytułem: **Przyczynek do nauki o niektórych postaciach zakażeń krwi u dzieci** (zakażenie łańcuszkowcami i pneumokokami). Prelegent podaje opis 3 przypadków, z których jeden dotyczy 7-miesięcznego dziecka z zakażeniem łańcuszkowcami (ze krwi wziętej wprost z żyły wyhodowano streptococcus pyogenes longus i bacillus proteus Zopfii); dwa zaś dotyczą przypadków, gdzie w tychże warunkach wyhodowano ze krwi pneumokoki w kulturze czystej. Wszystkie przypadki zakończyły się wyzdrowieniem. Prelegent uważa za usprawiedliwione przekonanie swe, że wyleczenie w pierwszym przypadku nastąpiło dzięki zastosowaniu surowicy przeciwpaciorkowcowej wieloważnej Tavela, oraz że zakażenia pneumokokami (sepsis pneumococcica) u dzieci nie przebiegają wśród tak ciężkich objawów, jak u dorosłych i mają poważne szanse zejścia pomyślnego.

W dyskusyi zaznacza Zembrzuski Ludwik, że zakażenie pneumokokowe u dzieci nie jest tak rzadkie. Sam często widział po zapaleniu płuc zapalenia stawów z wysiękami, gdzie znajdowano przeważnie pneumokoki. — Guranowski zwraca uwagę, że otitis media pneumokokowa przebiega zupełnie odmiennie od ostrych zapaleń ucha średniego, wywołanych innymi zarazkami. Przebieg napozór łagodny, lecz po skończonej chorobie, w jamie bębenkowej, nagle po pewnym dość długim czasie wystąpić mogą groźne objawy ze strony wyrostka sutkowego i jamy czaszkowej.

Zembrzuski Ludwik wygłosił odczyt pod tytułem: **O pneumokokowem zapaleniu otrzewnej u dzieci.** Przytoczywszy szczegółowo literaturę naszą i obcą, prelegent podaje szczegółowy opis etyologii i symptomatologii danego cierpienia. Leczenie winno być jedynie operacyjne, ale nie wczesne, jak to obecnie przyjętem jest prawie po-

wszechnie w przypadkach zapalenia wyrostka robaczkowego, lecz po wytworzeniu się ropnia otorbionego, czyli przeciętnie po 10—14 dniach trwania choroby. W sprawie danych statystycznych w przypadkach ograniczonego zapalenia otrzewnej autorowie francuscy podają około 20% śmiertelności w przypadkach nieoperowanych, inne statystyki przedstawiają się w świetle nieco gorszem, mianowicie Jensen podaje śmiertelność wogóle w 36% przypadków nieoperowanych, w operowanych spada ona do 25%. Prelegent na 7 przypadków spostrzeganych i operowanych w 3 okresie sprawy, przy znacznem wyniszczeniu chorych, miał 3 przypadki śmiertelne, zależne od rozwoju samego zakażenia. Prelegent na zakończenie wypowiada następujące wnioski: 1) Zakażenie pneumokokowe otrzewnej należy do spraw natury ciężkiej. 2) Mnożące się coraz bardziej spostrzeżenia, dotyczące zapalenia pneumokokowego otrzewnej, oparte na badaniach bakteryologicznych, rugują stopniowo z nauki pojęcie o t. zw. zapaleniach otrzewnej samoistnych, których powstawania nie umiano sobie tłómaczyć. 3) Pożądane jest ściślejsze spostrzeganie sprawy w początkach samych jej rozwoju dla odróżnienia szczególnie od epityphlitis, a to ze względu na wskazania co do czasu odpowiedniego na zabieg operacyjny.

W dyskusyi Korybut Daszkiewicz zgadza się w zupełności z prelegentem, że przy rozpoznaniu różniczkowem trzeba mieć na uwadze u dziewczynek i zakażenie rzerzączkowe; w każdym odnośnym przypadku trzeba zbadać drogi rodne. — Rzętkowski zapytuje, czy w pneumokokowem zapaleniu otrzewnej wytwarzają się zrosty i jaki jest stosunek sieci do kiszek. — Kiełkiewicz zapytuje, jaka była ciepłota w okresie tworzenia się ropnia.

Zembrzuski odpowiada Rzętkowskiemu, że sieć zwykle jest odchylona ku tyłowi wraz z kiszkami. Zrostów nie spotykał; Kiełkiewiczowi prelegent odpowiada, że w okresie tworzenia się ropnia ciepłota spada, kiedy zaś zbliża się okres przedziurawienia, to wtedy gorączka bywa większa.

Tadeusz Wilczyński.

Towarzystwo lekarskie łódzkie.

Sekcya neurologiczno-psychiatryczna.

Posiedzenie z d. 13. lipca 1909 r.

(Sala szpitala małż. Poznańskich).

1. Kol. Przedborski przedstawia przypadek **ostrego postępowego porażenia opuszkowego** (paralysis bulbaris progressiva acuta).

A. C., 38 lat, niedomaga od trzech dni. Choroba rozpoczęła się, jak utrzymuje C., po spożyciu zimnego piwa i kilku jaj na twardo gorączką, niezmiernie utrudnionem łykaniem i wymiotami. Utrudnione łykanie przybrało charakter tak gwałtowny, że chory pozbawiony został możności przyjmowania nawet płynnych pokarmów przez usta.

Stan obecny. C. 38·5°. Tętno 96. Łykanie niemożliwe. Łyk płynu przez pewien czas pozostaje w gardle, poczem powstaje silny napad kaszlu i płyn napowrót wyrzucony zostaje z gardła. Języczek nie zmieniony; ruchy jednakże ku górze i w bocznym kierunku zniesione; mowa nosowa, martwa, bezdźwięczna, przypomina mowę chorych, dotkniętych niedrożnością jamy nosowo-gardłowej. Błona śluzowa gardła przy dotykaniu okazuje znacznie zmniejszoną wrażliwość; odruchy gardłowe zniesione. Nagłośnia nie unosi się ku górze; obie struny głosowe prawdziwe pozostają w linii środkowej, żadnych ruchów przy fonacyi lub oddychaniu nie są zdolne wykonać. Szpara głośniowa silnie zwężona. Wrażliwość błony śluzowej krtani przy badaniu zgłębnikiem okazuje się znacznie zmniejszoną. Przy próbach głębszego oddychania obie struny głosowe jeszcze bardziej zbliżają się ku sobie, szpara głosowa silniej się zwęża, występują gwałtowne napady duszności pod postacią »accès laryngés«, sinica wzrasta.

Na naradzie z kol. Maybaumem i Pańskim przewód pokarmowy zbadano zgłębnikiem żołądkowym, przyczem okazało się, że zgłębnik dochodzi do żołądka, nie wyzwalając żadnych odruchów. Stan gorączkowy 38·6°. Tętno 90. Odżywianie chorego zapomocą zgłębnika.

7. VII. 1909 r. chory wstąpił do szpitala im. Poznańskich. Z dalszego przebiegu zapisać należy: gorączka początkowa opadła prawie zupełnie i przez pierwsze 10 dni nasilenia jej nie było; wymioty zupełnie ustały, natomiast napady duszności stawały się coraz częstszemi i groźniejszemi, wobec czego dla uchronienia chorego przed uduszeniem 10. VII. dokonano tracheotomii. Leczenie nie uległo zmianom. 17. VII. rozpoczęły się objawy lewostronnego zapalenia płuc. 22. VII. Wyraźne objawy dwustronnego włóknikowego zapalenia płuc. 25. VII. śmierć.

Podczas bytności chorego w szpitalu spostrzegano często silne zwolnienie tętna, dochodzące nieraz do 50—60 uderzeń na minutę, oraz przyspieszenia, wynoszące 90 do 110 uderzeń na minutę (podrażn. n. błędnego). Badanie smaku wykazało brak zaburzeń w obrębie nerwu językowo-gardłowego. Brak wzmożonego wydzielania śliny, natomiast mnożyły się objawy przemawiające za porażeniem nerwu twarzowego prawego.

Zajmującem również w spostrzeżeniu naszem jest stopniowy, a ciągły rozwój dwustronnego porażenia nerwów zwrotnych, gdy bowiem początkowo obraz krtani stale przemawiał za istniejącem porażeniem mięśni rozszerzających głośnię (m. crico-arytaen. postic.), w dalszym przebiegu cierpienia przyłączyło się porażenie obu mięśni, zwężających głośnię (mm. thyreo-arytaen. int.) (na obu brzegach wolnych strun prawdziwych powstały półksiężycowe wgłębienia, a szpara głośniowa przybrała postać owalną). Ze strony n. językowego do zgonu chorego żadnych zaburzeń stwierdzić nie zdołaliśmy. Śmierć nastąpiła przy objawach obustronnego zapalenia włóknikowego płuc. Zejście spowodowane zostało prawdopodobnie bezwładem mięśni oddechowych i przepony brzusznej wskutek porażenia n. błędnego.

Rozpoznanie oparte zostało przeważnie na objawach klinicznych.

(Chory był przedstawiony 13. lipca i niżej zaprotokołowana dyskusya tyczy się przebiegu choroby do tej daty; referent zaś skreślił i dalszy ciąg choroby aż do samej śmierci pacyenta).

Dyskusya: Kol. Pański widział chorego, kiedy sprawa przedstawiała się jako ostre cierpienie: mowa była charakterystyczna dla porażenia opuszkowego. Ze strony n. twarzowego objawów żadnych nie było. Rodzina zapewniała, że chory przed zasłabnięciem mówił zupełnie wyraźnie, a mówił dużo. Mowca przypuszcza, że jest to wybroczyna. Co się tyczy rokowania zaznacza, że o ile chory taki będzie karmiony zgłębnikiem, może długo żyć, jeżeli wyłączyć jakieś przypadkowe cierpienie; widział przypadki, gdzie przy karmieniu zgłębnikiem chorzy nawet pracowali.— Kol. Chodźko zwraca uwagę na to, iż rokowania zaciemniają objawy ze strony nerwu błędnego; tętno chorego ulega wachaniom. Śmierć wskutek omdlenia (syncope) nie jest wyłączona. W leczeniu radzi zastosować strychninę. — Kol. Pański. Zachorzenia ze strony n. błędnego z powodu zmian ośrodkowych bywają łatwo znoszone. Więcej obawiać się należy objawów ze strony n. przeponowego. — Kol. Chodźko przytacza przypadek zatrucia ołowiem, gdzie tętno ulegało ciągłym przyspieszeniom i przed śmiercią wynosiło około 160 uderzeń na minutę. (C. d. n.).

Wiadomości zawodowe i ogólno-lekarskie.

Medycyna społeczna. Epidemiologia. Statystyka.

Kurs choleryczny dla policyantów urządza miasto Wiedeń. Lekarze policyjni objaśniać będą służbę policyjną, jak się ma zachować w razie nagłego zasłabnięcia przechodniów. X.

O znacznem powiększeniu się w ostatnich czasach chorób umysłowych na świecie donosi Prof. Helog z Bostonu. Podczas gdy jeszcze przed kilku laty na milion ludzi było 9000 chorych umysłowo, to obecnie ich jest 18.000 nie licząc do tego jeszcze wrodzonych idyotów, których liczba wynosi około 10.000. X.

Z powodu obecnej epidemii cholery w Rosyi przytaczają pisma lekarskie ciekawe dane statystyczne. Pierwsza epidemia cholery w r. 1829—1837 pochłonęła w Rosyi 234.000 ofiar, druga w r. 1847—59 kosztowała ją 1,033.000 umarłych, trzecia w r. 1865—72 327.000, wreszcie czwarta w r. 1892—96 227.000; co stanowi 37—45% śmierci zapadłych na cholerę.

Prócz cholery w ciągu lat 1902—1906 chorowało w Rosyi na ospę 483.944 ludzi, na odrę 1,403.301, na płonicę 1,653.306, na koklusz 1,967.887, na dur brzuszny 1,674.628, na dur plamisty 313.007, na czerwonkę 1,472.080, wreszcie na dławiec 1,182.698.

W sprawie obecnej epidemii ogłoszono 22. sierpnia następujący biuletyn: W ciągu tygodnia zachorowało w Baku 243 (zmarło 88), w Czernihowie i gubernii 91 (35), w Kostromie z gub. 787 (269), w Omsku 30, w powiecie warnawińskim 291 (139) (badania stwierdziły zakażenie wody w Wietłudze), w gubernii mohylowskiej 114 (52), w gub. nowgorodzkiej 40 (26), w pow. pawłogrodzkim 64 (34), w gub. podolskiej 121 (51), w Rostowie 45 (11), w Samarze z gub. 2189 (983), w Jarosławiu z powiatem 126 (67), w gub. tambowskiej 679 (343), w Tyflisie 170 (69), w Symbirsku z gub. 780 (370), w Kerczu 31 (11), w Staropolu 23 (12), w Kijowie 80 (14), w gub. kijowskiej 358 (26), w Kursku 997 (320), w Penzie z gub. 262 (112), w Symperopolu z gub. taurydzką 784 (383), w Karsie 259 (113), w Ufie z gub. 1298 (697), w gub. wołogodzkiej 97 (57), w pow. homelskim 11 (5), w Niżnim Nowogrodzie 40 (25), w gub. 615 (245), w Odesie 40 (26), w Charkowie z gub. 481 (343). Od początku epidemi zachorowało w pow. babrowskim 777 (347), w Moskwie 66 (37), w gub. niżegorodzkiej 1800 (699).

Zdrowie Nr 9).

Choroby zakaźne w Krakowie. Od 4. IX. do 10. IX. 1910 zgłoszono przypadków: błonicy 5 † — (w tem obcych 2 † —), krztuśca 2, płonicy 5 † 1 (1 † —), odry 4, duru brzusznego 3 † — (1 † —), czerwonki 4 † 1 (— † 1), gorączki połogowej 1 † 1 (1 † 1). Dr Janiszewski.

Wiadomości bieżące.

Kraków. W ubiegłym tygodniu odbyła się inspekcya szpitala św. Łazarza, dokonana przez inspektora szpitali krajowych, Dr Müllera. Inspekcya ta, podjęta po paroletniej przerwie, trwała, jak się dowiadujemy, kilka dni, a przeprowadzona była bardzo szczegółowo. Zapisujemy fakt dokonanej inspekcyi, wiążąc z nim nadzieję dalszych prac rekonstrukcyjnych w tym drugim co do wielkości szpitalu krajowym i przyspieszenia robót już postanowionych. Jak wiadomo, prace rekonstrukcyjne zostały w r. b. przez Wydział krajowy rozpoczęte od przekształcenia i rozszerzenia oddziału chirurgicznego kosztem około 200 tysięcy koron. Rozumiemy, że koniecznych zmian w szpitalu krakowskim nie można dokonać odrazu; jednakże ze względu na opłakane braki, dające się od szeregu lat dotkliwie we znaki w naszym szpitalu, jest możliwie najszybszy tok rekonstrukcyi ze wszech miar pożądany i w tym względzie stwierdzenie obecnego stanu szpitala i przypomnienie o nim Sejmowi w sprawozdaniu Inspektora może wywrzeć wpływ bardzo dodatni, przyspieszając przedewszystkiem przebudowę i dobudowę tych pawilonów, bez których o prawidłowym dalszym rozwoju szpitala nie może być mowy.

Warszawa. Ze stanowiska naczelnego lekarza szpitala Jana Bożego ustąpił w Warszawie Dr Bronisław Taczanowski po 42-letniej pracy tamże. X.

— Rosyjskie ministerstwo spraw wewnętrznych wydało okólnik do naczelnych lekarzy szpitalnych w sprawie sekcyi osób zmarłych w szpitalach. § 1. orzeka, że sekcya może być dokonana tylko za zezwoleniem lekarza naczelnego w przypadkach bezwarunkowej konieczności dokładnego ustalenia rozpoznania choroby. § 2. ogranicza to zezwolenie, gdyż dodaje, iż nie może być dane, o ile w ciągu 24 godzin od chwili śmierci zwróci się do lekarza ktokolwiek z rodziny z piśmienną lub ustną prośbą o niewykonanie sekcyi. — Słusznie narzekają w sferach lekarskich, że rozporządzenie to wyrządza wielką krzywdę nauce.

Z różnych stron. VI. Zjazd balneologów austryackich odbędzie się w dniach od 7—10 października b. r. w Salcburgu; dotąd zgłoszono 54 wykłady, dotyczące najnowszych zadań na polu balneologii.

— W program 82. zjazdu niem. przyrodników i lekarzy, odbyć się mającego w Królewcu od 18—25 września b. r., wstawiono następowo sprawę leczenia kiły przetworem Hata-Ehrlicha. Przemawiać mają: Neisser, Alt i Schreiber, Pick, Blaszko i Miekley. Podobno przybyć ma na zjazd i sam Ehrlich.

— W szpitalu miejskim w Odesie zabronił gen. Tołmaczew wstrzykiwań przetworu Ehrlicha »606«, uważając go za bezpożyteczny.

— W Hindostanie (Indye angielskie) zachorowało na dżumę od 5—25 czerwca 8361 ludzi, a zmarło 6982.

Mianowani: Dr Karol Kopp profesorem nadzw. dermatologii, Dr Wilhelm Herzog prof. nadzw. chirurgii w Monachium, Dr Józef Jolly prof. ginekologii w Berlinie, Dr Robert Heinz prof. farmakologii w Erlangen. Dr Fryderyk Fröhlich profesorem fizyologii w Bonn, Dr G. Ferreri profesorem rino- i laryngologii w Rzymie, Dr Dom. Le Monaco prof. chemii fizyologicznej w Rzymie, Angelo Ceconi prof. patologii, G. Vicarelli prof. położnictwa, G. Gradeniego prof. otyatryi w Turynie, Dr Philippsow prof. dermatologii w Palermo, Dr Petrén prof. medycyny wewnętrznej, a Dr Ahlström prof. okulistyki w Lund, Doc. Rubaszkin prof. embryologii i histologii w Charkowie. Prof. Tandler dyrektorem I. katedry anatomii w Wiedniu, Doc. pryw. ginekologii w Fryburgu Dr Karol Hegar otrzymał tytuł profesora. — Habilitowali się: Dr M. Truffi w Pawii dla dermatologii, Dr Buglia w Neapolu dla fizyologii, Dr Peruzzi w Padwie dla pedyatryi.

Zmarli: Dr J. Mniszek Tchórznicki, znany higienista-lekarz szkół miejskich w 61 r. ż. w Warszawie.

Dr Gustaw Moynier, prezydent międzynarodowego komitetu Czerwonego Krzyża w Gent. — Dr Mayer Zygmunt, profesor histologii uniwers. niem. w Pradze.

Redaktor odpowiedzialny:
Prof. Dr Stanisław Ciechanowski.

Kursy dla lekarzy praktyków na wydziale lekarskim Wszechnicy lwowskiej w r. 1910 od 5 do 23 Grudnia.

Wszelkich wyjaśnień udziela prof. Raczyński, Lwów, klin. dzieci.

Program wykładów.

Anatomia patologiczna:

Doc. Dr Nowicki: Diagnostyka patologiczno-anatomiczna na zwłokach, 6 godzin tygodniowo.

Doc. Dr Hornowski: Najprostsza metody badania i rozpoznawania preparatów patologicznych mikroskopowych w praktyce lekarskiej, 3 godziny tygodniowo.

Bakteryologia:

Prof. Dr Kucera: Bakteryologia i serologia lekarska ze szczególnem uwzględnieniem metod diagnostycznych, 12 godz. tyg.

Farmakologia:

Prof. Dr Popielski: O środkach sercowych przeciwgorączkowych i narkotycznych, 2 godziny tygodniowo.

Medycyna wewnętrzna:

Prof. Dr Gluziński: Klinika chorób wewnętrznych, 6 godz. tyg.

Prof. Dr Wiczkowski: Diagnostyka chorób wewnętrznych na materyale szpitala powsz. ze współudziałem Dra W. Ziembickiego, kierownika pracowni chemiczno-bakteryologicznej w dziale chemii i bakteryologii, Dra M. Selzera w dziale diagnostyki czynnościowej chorób narządu pokarmowego i Dra Sabata w dziale roentgenologii klinicznej, 6 godzin tygodniowo.

Prof. Dr Bądzyński: Kliniczne badania moczu, 2 godz. tyg.

Prof. Dr Rencki: Haematologia kliniczna, 3 godz. tygodniowo.

Prof. Dr Marischler: Pogląd na obecny stan nauki o chorobach nerkowych z demonstracyami, 2 godz. tygodniowo.
Doc. Dr Franke: Diagnostyka i terapia chorób narządu krążenia, 2 godziny tygodniowo.

Chirurgia:

Prof. Dr Rydygier: Klinika chirurgiczna, 6 godz. tygodniowo.
Prof. Dr Ziembicki: Ćwiczenia operacyjne na materyale oddziału chirurgicznego w szpitalu powszechnym, 12 godz. tyg.
Prof. Dr Schramm: Demonstracye i ćwiczenia praktyczne z zakresu chirurgii wieku dziecięcego, 6 godzin tygodniowo.
Prof. Dr Barącz: Kurs operacyi brzusznych z uwzględnieniem wskazań (na zwłokach), 5 godzin tygodniowo.
Prof. Dr Herman: O wskazaniach do zabiegów chirurgicznych w niektórych cierpieniach wewnętrznych, 3 godz. tygodn.

Położnictwo i choroby kobiet:

Prof. Dr Mars: O postępie w położnictwie i ginekologii w ostatnich dziesiątkach lat, 6 godzin tygodniowo.
Prof. Dr Bylicki: Antyseptyka położnicza i sposoby badania miednicy z ćwiczeniami na ciężarnych, 2 godz. tyg.
Prof. Dr Kośmiński: Pogląd na obecny stan nauki położnictwa operacyjnego, 3 godziny tygodniowo.
Prof. Dr Sołowij: Leczenie gorączki połogowej, 1 godz. tyg.

Okulistyka:

Prof. Dr Machek: Rozpoznanie i leczenie chorób ocznych, 6 godzin tygodniowo.
Prof. Dr Szulisławski: Operacye na zewnętrzuych częściach oka, 2 godziny tygodniowo.
Prof. Dr Bednarski: Ćwiczenia we wziernikowanin oka, 2 godziny tygodniowo.

Dermatologia:

Prof. Dr Łukasiewicz: Rozpoznanie i leczenie chorób skórnych i wenerycznych, 5 godzin tygodniowo.

Paediatrya:

Prof. Dr Raczyński: Klinika chorób dziecięcych, 6 godzin tygodniowo. Choroby przewodu pokarm. i żywienie dzieci, (Asyst. Dr H. Progulski), Stosowanie leczn. tuberkuliny (Asyst. Dr Matylda Lateiner).

Neurologia:

Prof. Dr Halban: Symptomatologia chorób nerwowych, 5 godzin tygodniowo.
Doc. Dr Orzechowski: O lokalizacyi w układzie nerwowym z przedstawianiem chorych i preparatów oraz z uwzględnieniem patologii anatomicznej układu nerwowego, 2 godz. tyg.

Laryngologia i otologia:

Prof. Dr Jurasz: a) Klinika chorób uszu gardzieli i krtani (tylko dla wprawnych w badaniu dróg oddechowych), 2 godz. tyg. b) Co każdy lekarz z laryngo-rinologii wiedzieć powinien? (dla mniej wprawnych), 4 godziny tygodniowo.
Doc. Dr Zalewski: a) Klinika chorób usznych (tylko dla wprawnych w badauiu ucha), 2 godziny tygodniowo. b) Co każdy lekarz otologii wiedzieć powinien (dla mniej wprawnych w badaniu ucha), 4 godziny tygodniowo.

Medycyna sądowa:

Prof. Dr Sieradzki: Ćwiczenia w badaniu i orzekaniu sądowo-lekarskiem, 2 godziny tygodniowo.